

MODELO 18-145
ACTIVIDADES DE MEDICINA FAMILIAR
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

Objetivo:

Registrar información estadística que permita conocer las actividades de consulta y evaluación realizadas por el Equipo Básico de Salud sobre las personas, así como acciones a familias, grupos específicos y comunidad. Servirá además para conocer aspectos de la morbilidad de las personas y familias.

Universo:

Será utilizado por los Equipo Básico de Salud que presten sus servicios en la comunidad (urbanas, rurales, de montaña y CPA), en escuelas, círculos infantiles y centros de trabajo. Además será utilizado por los profesor de medicina o enfermería durante sus evaluaciones concurrentes o recurrentes.

Generalidades:

- El modelo cuenta de tres bloques, el primero se utilizará para registrar las consultas médicas y evaluaciones de enfermería.
- El segundo bloque se utilizará para las evaluaciones concurrentes o recurrentes de los profesores.
- El tercer bloque se utilizará para registrar otras acciones realizadas por el Equipo Básico de Salud en la atención a familias, grupos específicos y comunidad, así como actividades relacionadas con la docencia, investigación y administración.
- Para cada problema de salud existe una sola respuesta posible, en cada uno de los aspectos a tener en cuenta.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO Y REVISION.

Cabeza del modelo

Consultorio en:

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente a la ubicación del consultorio donde se este utilizando el modelo, pudiendo ser comunidad (urbano, rurales, de montaña y CPA), escuela, circulo infantil o centro de trabajo.

EBS:

Consignar el número que identifica al Equipo Básico de Salud.

Fecha:

Consignar el día, mes y año a que pertenecen las actividades registradas en el modelo.

Médico y enfermero (nombre (s) y apellidos):

Consignará los nombre (s) y apellidos del médico, así como los de enfermero(s) que conforman el Equipo Básico de Salud.

Registro profesional:

Consignar el número de registro profesional del médico y los enfermero(s) si procede.

Cuerpo del modelo:

Bloque de consultas médicas y evaluaciones de enfermería.

Este bloque será utilizado por Equipo Básico de Salud para registrar los casos atendidos tanto en consulta médica como en evaluación de enfermería, hayan sido realizadas en el consultorio o en terreno.

Historia clínica (columna A)

Se consignará el número de Historia clínica del paciente atendido el cual coincidirá con el número del registro único del ciudadano. (Hasta tanto esto no sea posible se continuará utilizando el número actual constituido por 8 dígitos. Los dos primeros identifican al consultorio seguido de 6 dígitos correspondientes al día, mes y año de nacimiento del paciente, en caso de que dentro del mismo núcleo hallan dos o más personas nacidas en la misma fecha se consignará después de la

fecha de nacimiento un consecutivo que permita distinguir una persona de otra. El número de Historia Clínica siempre debe consignarse completo.

Si se atiende un caso correspondiente a otro consultorio del área de salud y se conoce el número completo de su Historia Clínica se consignará de forma completa dicho número y de sólo conocerse los dígitos del número del consultorio se consignará este seguido de tres equis (ej. 23XXX). Si el paciente pertenece a otra área de salud se consignará las siglas CE (Caso Eventual)

Nombre (s) y apellidos del paciente (columna B)

Consignar el nombre y apellidos del paciente de forma completa y legible.

Edad (columna C)

Anotar la edad del paciente si es en meses consignar los cumplidos y una letra (m), si es en años consignar los cumplidos y una letra (a), si fuere menor de un mes anotar el número de días y una letra (d).

Sexo (columna D)

Anotar una F (femenino) o una M (masculino) según corresponda.

Problema de Salud (columna E)

Esta columna se utilizará para registrar diagnósticos o situaciones diferentes de las enfermedades o traumatismos pero que dieron motivo a la consulta. El problema de salud estará dado cuando:

- Cuando el motivo de consulta es una enfermedad o traumatismo.
- Cuando la situación o problema presente influye en el estado de salud de la persona sin llegar a constituir una enfermedad o traumatismo.
- Cuando una persona en realidad no se encuentra enferma pero concurre a la consulta con un propósito específico; ejemplo: hablar de un problema que en si mismo no es una enfermedad ni traumatismo, solicitud de receta médica, otro.

Anotar el nombre completo y legible del Problema de salud que motivó la consulta, teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

- a) Deberá evitarse siempre que sea posible la anotación de estados morbosos mal definidos, es decir, síntomas y síndromes, ya que la anotación de un diagnóstico aunque sea presuntivo es mucho más valioso que la de un signo o síntoma.
- b) Los diagnósticos a consignar deben ser aquellos que motivaron la consulta ajustándose a las siguientes variantes:
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico y en la consulta se atiende dicho diagnóstico y se controla además el conocido, entonces deberán anotarse ambos diagnósticos, pero en diferentes renglones.
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico:
 - Paciente sicklemico que concurre por catarro debe consignarse el catarro.
 - Paciente diabético que concurre por complicación de la diabetes (insuficiencia renal, catarata, gangrena diabética, etc.), debe especificarse la diabetes y su complicación: nefropatía diabética, retinopatía diabética, gangrena diabética, etc.
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por dicho diagnóstico, entonces se anotará éste.
 - Cuando se haga una captación de embarazo, se consignará el tiempo de gestación en el diagnóstico Ej: Gestación de 13.6 semanas y en accionar o conducta captación de embarazo.
 - Cuando se haga una captación de recién nacido se anotará la condición del recién nacido en problema de salud.

- c) No debe utilizarse abreviaturas en el diagnóstico, salvo aquellas aceptadas en los documentos de los Programas y Sistemas establecidos. Ejemplos:

Puede utilizarse

- SR+14 Sintomático respiratorio de más de 14 días
- SRAS Sífilis reciente adquirida sintomática.

NO DEBE UTILIZARSE

- EDA y IRA; debido a que estos rubros son muy generales y abarcan varios diagnósticos que van a distintos códigos de la clasificación. Ejemplo:
 - o Paciente con Enterocolitis anotar ésta y no EDA
 - o Paciente con Catarro Común anotar éste y no IRA
- d) Cuando un paciente presenta determinados síndrome, síntomas y signos y el médico presuma un diagnóstico debe anotarse el diagnóstico presuntivo y no los síndromes, síntomas y signos.
- e) En caso de existir más el médico deberá anotarlos todos utilizando una línea del modelo para cada uno. Los diagnósticos deben ser lo más completo posible:
- Una diarrea producida por E. Coli, se anotará: Diarrea por E. Coli y no EDA o diarrea.
 - En el caso de una tuberculosis, debe aclararse si ésta es pulmonar, renal, ganglionar, etc.
 - En el caso de tumores, aclarar el sitio y si es maligno de evolución incierta, in situ, etc.
- f) Puede consignarse como problema de salud o diagnóstico aquellas consultas para solicitar una dieta, adquisición de un certificado de enfermedad ordenado con anterioridad, niño con problemas de aprendizaje o conducta, otros problemas de índole administrativa, etc.
- g) En las consultas de obstetricia deberá consignarse como diagnóstico “embarazo normal” si lo fuera. En caso de que la paciente sea portadora de alguna enfermedad, condición o antecedente de riesgo obstétrico, deberá anotarse “embarazo de riesgo”, y especificar cuál es el riesgo.
- h) Un paciente con traumatismo por caída se consignará la lesión producida y la circunstancia que la produjo. Ejemplo:
- Fractura cerrada del tobillo por caída de una bicicleta. Anotar “fractura cerrada del tobillo por caída de bicicleta”.
- i) En caso de un paciente que ha ingerido sustancia tóxica (salfuman, luz brillante, etc.) y presenta vómitos de sangre, consignar “vómitos de sangre por ingestión de salfuman (o luz brillante)”.
- j) Cuando lo que se realice sea una evaluación independientemente del miembro del Equipo Básico de Salud que la realice, se consignará el problema de salud que la provoca.

Código (columna F)

Será utilizado por estadística para consignar el código correspondiente a cada uno de los problemas de salud consignados en la columna E.

Tipo de Actividad (columna G a la J)

Primera consulta (columna G)

Marcar con una equis (X) la ocasión en que una persona sea atendida en consulta por primera vez por un control, en caso de un paciente sano, o por una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud La consulta de primera vez no necesariamente tiene que ser sinónimo de Diagnóstico confirmado.

Seguimiento Médico (columna H)

Marcar con una equis (X) si la actividad que se realiza corresponde a un seguimiento realizado por el médico.

Seguimiento de Enfermería (columna I)

Marcar con una equis (X) si la actividad que se realiza corresponde a un seguimiento realizado por enfermería.

Alta (columna J)

Marcar con una equis (x) el momento en el cual se le da alta al paciente por el episodio de la enfermedad que se ha venido tratando. Ejemplos:

- a) Paciente que padece dos veces de sífilis, en la primera recibe 4 consultas en los días 3 de marzo, 10 de marzo, 23 de marzo y 4 de abril; la consulta del 3 de marzo será la de primera vez por este episodio de la enfermedad, las de los días 10 y 23 son consultas de seguimiento y la del día 4 de abril es la consulta de alta. En el segundo episodio de la enfermedad recibe 5 consultas los días 7 de julio, 17 de julio, 23 de julio, 30 de julio y 10 de agosto siendo la consulta del 7 de julio la de primera vez por este nuevo episodio, las de los días 17, 23 y 30 de julio las consultas de seguimiento y la del 10 de agosto la consulta de alta.
- b) Paciente que presenta una enfermedad crónica cualquiera, la consulta de primera vez será aquella en que consulta por primera vez por la enfermedad en cuestión en su vida, el resto de las consulta siempre serán de seguimiento.

Incidencia (columna k)

Marcar con una equis (X) solo cuando el problema de salud diagnosticado se confirma y pasa a ser un caso nuevo de la entidad nosológica en cuestión.

Tipo de Diagnóstico (columna L y M)

Diagnóstico Presuntivo (columna L)

Marcar con una equis (x) si el diagnóstico consignados en la columna E es presuntivo.

Diagnóstico confirmado (columna M)

Marcar con una equis (x) si el diagnóstico consignados en la columna E es confirmado.

Lugar de la consulta (columna N y Ñ)

Consultorio (columna N)

Marcar con una equis(x) cuando la consulta o la evaluación ocurran en el consultorio

Terreno (columna Ñ)

Marcar con una equis(x) cuando la consulta o la evaluación ocurran en el terreno.

Conducta o Accionar (columna O)

Esta columna será utilizada para la registrar de información sobre la conducta seguida por el médico con el paciente o el accionar de enfermería.

- Tratamiento ambulatorio
- Ingreso en el Hogar
- Alta de ingreso en el Hogar
- Necesidad de Interconsulta
- Remisión al especialista (tanto al policlínico como al hospital)
- Remisión al Servicio de Urgencia
- Captación de Embarazo. (Se consignará el tiempo de gestación en el diagnóstico Ej: En el problema: Gestación de 13,6 semanas. En accionar o conducta : Captación de embarazo.
- Puericultura
- Captación de recién nacido. (Se consignará la condición del recién nacido en el problema)
- Técnicas de MTN aplicadas por el equipo Básico de Salud.

Actividades Docentes del Profesor

EBS (columna P)

Consignar el número del equipo básico de salud al cual se le realiza la evaluación.

Historia Clínica, Nombre y Apellidos, Edad, Sexo y Problema de Salud (columnas Q, R, S, T, U)

Tener en cuenta lo descrito en las columnas A, B, C, D y E, respectivamente.

Evaluación concurrente (columna V)

Marcar con una equis (x) cuando la evaluación del desempeño del EBS que se realice sea en el cumplimiento de los procedimientos médicos y de enfermería (evaluación concurrente)

Evaluación Recurrente (columna W)

Marcar con una equis (x) cuando la evaluación que se realice sea a través de la revisión de las Historias Clínicas Individuales e Historias de Salud Familiar (evaluación retrospectiva)

Otras actividades realizadas por el Equipo Básico de salud (columna Y)

En este bloque se incluyen otras actividades realizadas por el Equipo Básico de Salud como son acciones sobre la familia, a otros grupos específicos y la comunidad. Incluirá también otras acciones docentes, investigativas o administrativas que realice en el día de labor.

ACLARACIONES ESPECIFICAS

- **Seguimiento:** es la ocasión en que una persona es atendida como seguimiento de una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud. Puede ser realizada por cualquiera de los miembros del Equipo Básico de salud (médico o enfermero).

Seguimiento médico: Puede entrañar o no cambio de diagnóstico y conducta médica y siempre estará precedido de una consulta.

Seguimiento de enfermería: Puede estar precedida de una consulta médica, entraña accionar de enfermería el cual puede ser modificado, pero nunca cambio en el diagnóstico o conducta médica.

- Si coincide la evaluación del médico y la de la enfermera en el mismo momento solo deberá llenar el modelo el médico.
- De aparecer más de un problema de salud en un mismo renglón solo se contará como caso visto, pero el resto de la información se perderá.